|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02764L (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Page 1 of 2 |
| **FISCAL EMPLOYER AGENT (ຕົວແທນນາຍຈ້າງດ້ານການເງິນ, FEA) ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ – ຄຳຮ້ອງຂໍໂອນຍ້າຍ****(PARTICIPANT FISCAL EMPLOYER AGENT (FEA) — TRANSFER REQUEST)** |
| **ຄໍາແນະນໍາ: ການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ; ແນວໃດກໍຕາມ, ຈະບໍ່ສາມາດດຳເນີນຄຳຮ້ອງຂໍໃດໆໄດ້ ໂດຍບໍ່ມີແບບຟອມທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ.** ແບບຟອມນີ້ ຈະບັນທຶກຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ແລະ ເລີ່ມດຳເນີນຂະບວນການໂອນຍ້າຍໄປຫາ fiscal employer agent (ຕົວແທນນາຍຈ້າງດ້ານການເງິນ) ໃໝ່ຂອງ IRIS. ເມື່ອປະກອບສຳເລັດແລ້ວ, ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຈະຍື່ນຄຳຂໍໄປຫາ IRIS Consultant Agency (ສຳນັກງານທີ່ປຶກສາ IRIS). ທີ່ປຶກສາຈະອັບໂຫຼດແບບຟອມໄປຍັງ WISITS ພາຍໃນສາມ (3) ວັນທາງລັດຖະການຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບແບບຟອມ.  |
| ເຖິງແມ່ນວ່າບັນດາຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງ IRIS ອາດຈະສາມາດຮ້ອງຂໍການໂອນຍ້າຍໄດ້ທຸກເວລາກໍຕາມ, ແຕ່ການໂອນຍ້າຍ FEA ຕ້ອງໄດ້ປະຕິບັດຕາມ [ປະຕິທິນການໂອນຍ້າຍ FEA](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02239.pdf) ແລະ ບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຍ້າຍໄດ້ໃນຮອບຕິດຕໍ່ກັນ. ເມື່ອແບບຟອມຮ້ອງຂໍການໂອນຍ້າຍຖືກສົ່ງໄປຫາ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ແລ້ວ, ກໍຈະບໍ່ສາມາດປ່ຽນແປງ ຫຼື ຖອນຄືນໄດ້. |
| ຊື່ – ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ (ນາມສະກຸນ, ຊື່) | MCI ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ |
|       |       |
| ເລືອກ fiscal employer agent (ຕົວແທນນາຍຈ້າງດ້ານການເງິນ) ໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ: Choose an item. |
| ເລືອກ fiscal employer agent (ຕົວແທນນາຍຈ້າງດ້ານການເງິນ) ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໂອນຍ້າຍໄປຫາ: Choose an item. |
| **ທາງເລືອກ**: ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ແບ່ງປັນເຫດຜົນທີ່ທ່ານຈະປ່ຽນ FEA ຂອງທ່ານ. ຄຳຄິດເຫັນຂອງທ່ານຈະຖືກແບ່ງປັນກັບ FEA ແຕ່ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນສ່ວນຕົວ. |
|       |
| ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ FEA ທີ່ຕົນໄດ້ເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້ຈະກາຍເປັນ FEA ທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຊ່ວຍອໍານວຍຄວາມສະດວກໃນການຈ່າຍເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຕົກລົງເຫັນດີວ່າ FEA ໃໝ່ ແລະ FEA ຂອງຕົນໃນປັດຈຸບັນ ຕ້ອງແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອດໍາເນີນການປ່ຽນແປງນີ້. **ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອຕົນລົງລາຍເຊັນ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃຫ້ ADRC ຫຼື ADRS** ຊົນເຜົ່າ**, ການຮ້ອງຂໍການໂອນຍ້າຍ FEA ນີ້ອາດຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ຫຼື ຖືກຖອນຄືນ, ແຕ່ຕົນມີອິດສະຫຼະທີ່ຈະຮ້ອງຂໍການໂອນຍ້າຍໄປຫາ FEA ອື່ນໄດ້ໃນອະນາຄົດ.** |
| **ລາຍເຊັນ** — ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ | **ວັນທີເຊັນ** |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | **ວັນທີເຊັນ** |
|  |  |
| **ປະກັບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນໂດຍ:** |
| ຊື່ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ | ເຂດ |
|       |       |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ | ເມືອງ | ລະຫັດ ໄປສະນີ |
|       |       |       |
| ຊື່ – ພະນັກງານ ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ທີ່ເປັນຜູ້ຕື່ມແບບຟອມ | ໂທລະສັບ  |
|       |       |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ |
|       |
| ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ: | [ ]  ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື Activated Power of  Attorney (ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້) |
| [ ]  ICA |
| ADRC ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າ ຕ້ອງເກັບຮັກສາແບບຟອມການຮ້ອງຂໍຕົ້ນສະບັບ ທີ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແລ້ວ ຫຼື ສໍາເນົາແບບຟອມທີ່ລົງລາຍເຊັນແລ້ວ ທີ່ສະແກນເປັນຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກ ໄວ້ໃນແຟ້ມເອກະສານເປັນເວລາສິບປີໃນກໍລະນີທີ່ມີການຮ້ອງຂໍບັນທຶກດັ່ງກ່າວ. |